



**Estado de Massachusetts
Departamento de Accidentes Laborales**

**Guía sobre la
Indemnización por
Accidentes de Trabajo de
Massachusetts
para los trabajadores
lesionados**



¿QUÉ ES LA INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES DE TRABAJO?

El sistema de Indemnización por Accidentes de Trabajo de Massachusetts funciona a fin de garantizar que los trabajadores cuenten con la protección de un seguro en caso de lesionarse en el trabajo o contraer una enfermedad ocupacional.

Bajo este sistema, conforme al artículo 25A del capítulo 152 de las Leyes Generales de Massachusetts (MGL), los empleadores deben brindarles a todos sus empleados la cobertura de un seguro contra accidentes de trabajo. Este seguro se hace cargo del pago de todo tratamiento médico necesario por la lesión o enfermedad y además del pago de la indemnización por los salarios perdidos tras los primeros cinco días calendario de incapacidad total o parcial.

El Departamento de Accidentes Laborales (DIA) es el organismo responsable de aplicar la ley de accidentes de trabajo en Massachusetts.

¿A qué nos dedicamos?

Ante todo, el DIA es un sistema judicial cuya función es resolver las reclamaciones de indemnizaciones por accidentes de trabajo que son objeto de controversia. Nuestro personal de Información al Público responderá sus preguntas sobre las prestaciones de la indemnización por accidentes de trabajo y le informará cuáles son los pasos correctos a seguir para recibir dichas prestaciones. Si la aseguradora rechaza su reclamación o usted no recibe todas las prestaciones que le corresponden, podemos ayudarlo a seguir nuestro proceso de reclamación.

Es importante que conserve todos los documentos que su empleador o la aseguradora de éste le envíen, así como también copias de los formularios que le hayan hecho completar. Si se comunica con nuestra Oficina de Información al Público, por favor tenga a la mano estos formularios, y lápiz y papel. Le recomendamos que anote las preguntas antes para no olvidarse de preguntar nada.

Estas páginas le darán un panorama general del proceso a seguir en caso de accidentarse en el trabajo o sufrir una enfermedad ocupacional. Esta guía brinda información sobre sus responsabilidades, las de su empleador y de la compañía de seguro; sobre el proceso de disputa por accidentes de trabajo; y sobre las prestaciones de la indemnización por accidentes de trabajo. También resalta información sobre las Liquidaciones en un Solo Pago y los Servicios de Rehabilitación Profesional. Asimismo, incluye una lista de las preguntas más comunes con sus correspondientes respuestas.

Por favor, tenga en cuenta que la información incluida en este folleto es de carácter general y no tiene por objeto sustituir el asesoramiento legal. Los cambios introducidos en la ley o los hechos específicos de su caso pueden dar lugar a interpretaciones legales diferentes de las que se presentan aquí.

¿Necesita un abogado?

No, no necesita abogado para tramitar la reclamación de prestaciones, ni tampoco se le exige para ninguna actuación ante el DIA. Usted puede ser su propio representante o ser representado por alguien en quien usted delegue esta función, incluso un abogado. Sin embargo, debido a la complejidad de la ley de accidentes de trabajo, le recomendamos firmemente que busque un asesor legal que lo ayude a proteger sus derechos e intereses. Si tiene abogado, la ley establece que la aseguradora paga los honorarios del abogado en caso de que usted gane. En algunos casos, la aseguradora puede reducir sus pagos a fin de pagar su representación legal. Si pierde, el abogado le puede cobrar sólo gastos muy específicos.

Los empleados del DIA no están autorizados a recomendarle un abogado. El Colegio de Abogados de Massachussets, en cambio, sí puede remitirlo a abogados especializados en casos de accidentes de trabajo. Para comunicarse con el servicio de remisión profesional del Colegio de Abogados de Massachussets, llame al (617) 654-0400 dentro de la zona de Boston o en forma gratuita al (866) 627-7577.

¿Qué sucede si sufre una lesión o enfermedad ocupacional?

Si sufre una lesión o enfermedad ocupacional que lo obliga a perder cinco días calendario de trabajo completos o parciales o más, su empleador deberá presentar el *Formulario 101 - Employer's First Report of Injury or Fatality (Primer Informe del Empleador sobre Lesión o Muerte)* ante el DIA y la compañía del seguro contra accidentes de trabajo dentro de los siete días (excluyendo domingos y feriados) a partir del quinto día calendario de incapacidad total o parcial a causa de la lesión o enfermedad. La compañía de seguro tiene 14 días calendario a partir de la recepción de este formulario, enviado por su empleador, para investigar la reclamación y tomar una decisión sobre si paga o no.

Por favor, recuerde: Si su empleador no envía el *Formulario 101 - Employer's First Report of Injury or Fatality* a la aseguradora, usted mismo debe dar notificación escrita sobre la lesión a la compañía de seguro o completar el *Formulario 110 - Employee's Claim (Reclamación del Empleado)* del DIA y enviar una copia de este formulario completo a la aseguradora. Su empleador debe tener un póster exhibido en el lugar de trabajo donde figuren el nombre y el domicilio de su aseguradora por accidentes de trabajo e información sobre la póliza. Si su empleador no ha colocado el póster y no le da el nombre de la compañía de seguro, llame a la Oficina de Seguros del DIA (617-727-4900, ext. 405) para que lo ayuden.

¿Qué sucede cuando la aseguradora decide pagar la reclamación?

Si la aseguradora acepta pagar la reclamación, le enviará el *Formulario 103 - Insurer's Notification of Payment (Notificación de Pago de la Aseguradora)*.

¿Cuándo comienza a recibir las prestaciones o los cheques?

Debería comenzar a recibir el cheque tres a cuatro semanas después de la lesión o enfermedad. Se lo indemnizará por la remuneración perdida correspondiente a los días durante los que estuvo incapacitado después de los primeros cinco días calendario de incapacidad total o parcial. No recibirá indemnización por los primeros cinco días calendario de incapacidad a menos que su invalidez dure **21** días calendario o más.

- Los primeros 180 días posteriores a la lesión inicial se consideran un período de “Pago sin Perjuicio”. Esto significa que la aseguradora puede pagarle prestaciones por un máximo de 180 días sin haber tomado una decisión final sobre el caso. El pago que reciba durante este período **NO** implica que la compañía acepte hacerse responsable. Durante este período inicial, la aseguradora puede dejar de pagar o reducir los pagos dándole aviso escrito con siete días calendario de anticipación mediante el *Formulario 106 - Insurer's Notification of Termination or Modification of Weekly Compensation During Payment-Without-Prejudice Period (Notificación de la Aseguradora de Finalización o Modificación de la Indemnización Semanal durante el Período de Pago sin Perjuicio)*. La aseguradora debe explicar los motivos por los que tomó esta medida. Si pasado este período, la aseguradora

sigue haciendo los pagos, necesitará, en la mayoría de los casos, autorización suya o de un juez para dejar de pagar o reducir las prestaciones.

- La aseguradora puede solicitarle extender el período inicial de 180 días de “Pago sin Perjuicio” a un año como máximo, con su consentimiento escrito, mediante el *Formulario 105 – Agreement To Extend 180 Day Payment Without Prejudice Period (Acuerdo de Prórroga del Período de Pago sin Perjuicio de 180 Días)*. El DIA debe aprobar el formulario. Usted debe asegurarse de conocer todos sus derechos antes de dar su consentimiento o firmar cualquier otro documento.

¿Qué sucede cuando la aseguradora rechaza su reclamación?

Si la aseguradora decide rechazar su reclamación, debe enviarle por correo certificado el *Formulario 104 – Insurer’s Notification of Denial (Notificación de Denegación de la Aseguradora)*, que incluye los motivos de la denegación e información sobre su derecho a apelar a esa decisión. Si tiene alguna pregunta sobre la denegación o la falta de pago en estos formularios, comuníquese con el representante de reclamaciones de la aseguradora. Su número de teléfono figurará en el formulario. Si ha contratado un abogado, pídale que él llame al representante de reclamaciones para hacer averiguaciones sobre la denegación. Éste no podrá hablar con usted sobre su reclamación si usted tiene abogado.

Qué debe hacer en caso de que la aseguradora rechace su reclamación o usted no reciba todas las prestaciones que le corresponden

- Debe completar y remitir al DIA el *Formulario 110 - Employee’s Claim (Reclamación del Empleado)*. Es importante que complete el formulario **en su totalidad y con datos precisos**. Puede conseguir los formularios en nuestro sitio web www.mass.gov/dia y en cualquier oficina del DIA. No envíe el formulario al DIA a menos que haya recibido el *Formulario 104 – Insurer’s Notification of Denial (Notificación de Denegación de la Aseguradora)* o hayan pasado 30 días calendario o más de la fecha de la lesión o enfermedad sin recibir noticias de la aseguradora.
- Debe adjuntar copias de todas las pruebas médicas que respalden su reclamación, como facturas médicas e informes médicos (no radiografías, resonancias magnéticas, etc.) que documenten que su lesión o enfermedad está relacionada con su trabajo. Una vez completo el formulario de reclamación, adjunte los documentos pertinentes y presente el paquete de reclamación ante el DIA al domicilio impreso en la parte superior de este formulario.
- Además, debe enviarle a la aseguradora una copia completa del *Formulario 110 – Employee’s Claim*. Le recomendamos guardar una copia de este formulario en sus archivos.
- Una vez que el DIA recibe el *Formulario 110* completo, se concertará una Conciliación más o menos en dos semanas. Esto dará inicio al proceso de controversia. Se le notificarán por escrito el día, la hora y el lugar donde se llevará a cabo la reunión.
- **Por favor, recuerde:** Cuando concurra a cualquier oficina del DIA para un trámite, no deje de traer las cartas que le haya enviado la aseguradora o el DIA, junto con cualquier otra documentación relevante, *en especial la carta donde se le solicita que concurra al DIA*.

EL PROCESO DE CONTROVERSIAS

1. Conciliación

Cuando el DIA recibe un *Formulario 110 – Employee’s Claim (Reclamación del Empleado)* o la compañía de seguro solicita autorización para interrumpir o modificar las prestaciones mediante el *Formulario 108 – Insurer’s Complaint for Modification, Discontinuance or Recoupment of Compensation (Demanda de la Aseguradora de Modificación, Interrupción o Reembolso de la Indemnización)*, se concertará una reunión informal entre usted, la aseguradora y un conciliador del DIA. Esta reunión, llamada “Conciliación”, por lo general tiene lugar dentro de los 12 días hábiles una vez iniciada la tramitación de su formulario de reclamación o Formulario 108 de la aseguradora. En la Conciliación, intentaremos llegar a un acuerdo voluntario entre usted y la aseguradora. Si no se puede llegar a tal acuerdo voluntario, su reclamación seguirá en la misma situación que antes, y su caso será remitido a uno de nuestros jueces para una Conferencia. Usted y la aseguradora también pueden acordar un arbitraje voluntario.

2. Conferencia

La Conferencia es un procedimiento de carácter informal ante un Juez Administrativo. El juez se pone al tanto del caso a partir de las presentaciones de ambas partes y la entrega de documentos, como informes médicos, resúmenes salariales y declaraciones juradas de testigos. No se convoca a los testigos; bastará con que le informe al juez lo que éstos hubieran dicho. Durante la Conferencia, deberá demostrar que: (A) quedó inválido; (B) la lesión o enfermedad fue producto de su trabajo; y (C) las facturas médicas en litigio se debieron a tratamientos necesarios. Luego de la Conferencia, el juez dicta un fallo en el que pide a la aseguradora que pague sus prestaciones o resuelve que la aseguradora no tiene obligación de pagar.

Cualquiera de las partes puede apelar al Fallo de la Conferencia con el *Formulario 121 – Appeal of a Conference Proceeding (Apelación al Proceso de Conferencia)*. Tiene 14 días calendario para apelar a partir de la fecha del fallo. Para apelar, hay una tarifa de \$450 si la apelación se basa en una cuestión médica. Esta tarifa puede no aplicarse si prueba que no puede pagar el costo de la apelación presentando el *Formulario 136 – Affidavit of Indigence and Request for Waiver of §11A (2) Fees (Declaración Jurada de Indigencia y Solicitud de Exención de las Tarifas según el Art. 11A (2))*. Si alguna de las partes apela al Fallo de la Conferencia, se concertará una audiencia formal ante el mismo juez.

3. Audiencia

La Audiencia es un proceso más formal que se realiza ante el mismo Juez Administrativo que presidió la Conferencia. Se aplicarán las Reglas Procesales en Materia de Prueba de Massachusetts y se tomará testimonio bajo juramento. La parte contraria cita a los testigos y hace las repreguntas. Un estenógrafo lleva registro del proceso.

El juez tomará una decisión final como resultado de la Audiencia en la que concederá o no las prestaciones. Cualquiera de las partes puede apelar a esta decisión ante el Consejo Revisor mediante el *Formulario 112 – Appeal to Reviewing Board (Apelación ante el Consejo Revisor)*. Esta apelación sólo podrá presentarse si la parte sostiene que el juez cometió un error de derecho al dictar el fallo o durante la Audiencia. La apelación debe recibirse dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha de la decisión de la Audiencia. La apelación tiene un costo equivalente al 30% del Salario Semanal Promedio del Estado vigente a la fecha de la apelación. Esta tarifa puede no aplicarse mediante la presentación del *Formulario 112A – Affidavit In Support of Request for*

Waiver of Filing Fee Under §11C (Declaración Jurada en Apoyo del Pedido de Exención de la Tarifa de Presentación conforme al Art. 11C).

4. El Consejo Revisor

Este consejo se compone de seis Jueces de un Tribunal Administrativo, tres de los cuales examinarán las transcripciones de la audiencia. Pueden solicitar resúmenes escritos o presentaciones orales a cualquiera de las partes. El Consejo Revisor puede revocar o ratificar la decisión del Juez Administrativo. Este Consejo también puede reenviar el caso al Juez Administrativo para una evaluación más profunda.

Otras apelaciones

Las decisiones del Consejo Revisor pueden apelarse ante el Tribunal de Apelaciones de Massachusetts.

¿CUÁLES SON LAS PRESTACIONES POR ACCIDENTES DE TRABAJO?

Prestaciones por Incapacidad Total Temporaria (Art. 34)

¿A quién le corresponden?

- Le corresponden si su lesión o enfermedad no le permite trabajar, de acuerdo con su edad, capacitación y experiencia, por seis días calendario completos o parciales o más (los días no necesitan ser consecutivos).

¿Cuáles son las prestaciones?

- Las prestaciones serán equivalentes al 60% de su salario semanal promedio bruto. Para determinar lo que recibirá, tome sus ganancias brutas reales, con horas extra, primas, etc., y divida esta cifra por la cantidad de semanas que trabajó en su empleo a fin de calcular su salario semanal promedio. Multiplique ese resultado por 60% (0,60) para obtener su indemnización semanal aproximada. Como máximo, puede recibir el Salario Semanal Promedio del Estado (SAWW) a la fecha de su lesión. El SAWW es fijado anualmente por la División de Asistencia al Desempleado de Massachusetts.

¿Por cuánto tiempo?

- Puede recibir estas prestaciones durante 156 semanas como máximo. La indemnización comienza el sexto día de incapacidad. No se lo indemnizará por los primeros cinco días de incapacidad a menos que quede inválido por 21 días calendario o más. Aquí tampoco los días necesitan ser consecutivos.

Prestaciones por Incapacidad Parcial (Art. 35)

¿A quién le corresponden?

- Le corresponden si puede seguir trabajando, pero ha perdido parte de su capacidad generadora de ingresos debido a la lesión o enfermedad. Esto puede incluir, por ejemplo, una lesión que lo obligue a cambiar a un puesto de menor paga o a trabajar menos horas.

¿Cuáles son las prestaciones?

- La indemnización máxima conforme a este artículo de la ley se limita al 75% (0,75) de lo que hubiera recibido como prestaciones por incapacidad total temporaria por semana. Por ejemplo: si recibe \$440 por semana en concepto de prestación por incapacidad total temporaria, lo máximo que podría recibir si cobrara prestaciones por incapacidad parcial sería \$330 por semana. ($\$440 \times 0,75 = \330)

¿Por cuánto tiempo?

- Puede recibir prestaciones durante 260 semanas como máximo.

Prestaciones por incapacidad total y permanente (Art. 34A)

¿A quién le corresponden?

- Le corresponden si como consecuencia de la lesión o enfermedad ocupacional, sufre una incapacidad total y permanente que le impide hacer cualquier tipo de trabajo. No debe agotar las prestaciones temporarias antes de solicitar prestaciones permanentes.

¿Cuáles son las prestaciones?

- Recibirá dos tercios de su salario semanal promedio (o el 20% del SAWW como mínimo), tomando como base las 52 semanas anteriores a la lesión, hasta el valor del SAWW como máximo. También le corresponden anualmente Ajustes según el Costo de Vida (COLA).

¿Por cuánto tiempo?

- Puede recibir prestaciones mientras esté inválido.

Prestaciones médicas (Art. 13 y Art. 30)

¿A quién le corresponden?

- Le corresponden si sufre una lesión o enfermedad ocupacional que requiere atención médica.

¿Cuáles son las prestaciones?

- Tiene derecho a recibir atención médica adecuada y razonable como consecuencia de la lesión o enfermedad. También tiene derecho a que le reembolsen las prescripciones y los gastos por traslado derivados de las visitas médicas relacionadas con la lesión o enfermedad ocupacional. Para la primera visita al médico o al hospital, su empleador tiene derecho a designar un profesional médico dentro del convenio de proveedores preferidos del empleador. Luego del tratamiento inicial, usted tiene derecho a elegir sus propios proveedores médicos. La aseguradora tiene derecho a enviarlo periódicamente a ver un médico de la compañía para evaluar su incapacidad.

- Una vez presentada la reclamación ante la compañía de seguro, ésta debe emitirle una tarjeta de seguro con un número de reclamación y la información de contacto. Pase el número de reclamación a su médico para que le facture directamente a la aseguradora y a fin de obtener la preaprobación para el tratamiento de su lesión o enfermedad. Si no recibe esta tarjeta poco después de la lesión o enfermedad, contacte a la aseguradora y solicite el número, ya que la mayoría de los profesionales médicos no lo atenderán sin el número de reclamación.

¿Por cuánto tiempo?

- Puede recibir prestaciones mientras necesite servicios médicos y hospitalarios a causa de su lesión o enfermedad.

Prestaciones por Desfiguración y Pérdida Funcional Permanente (Art. 36)

¿A quién le corresponden?

- Le corresponden si la lesión o enfermedad ocupacional provoca la pérdida permanente de determinadas funciones orgánicas, deformidad cicatricial o desfiguración. Las cicatrices deben encontrarse en la cara, en el cuello o en las manos.

¿Cuáles son las prestaciones?

- Recibe un pago único por desfiguración o deformidad cicatricial. El pago de esta prestación se efectúa además de otros pagos, como facturas médicas, salarios perdidos, etc. El monto abonado depende de la ubicación y gravedad de la desfiguración o función perdida.
- Si se lesionó o se enfermó antes del 24 de diciembre de 1991, tiene prestaciones levemente diferentes. Comuníquese con nuestra Oficina de Información al Público si tiene alguna pregunta respecto a estas prestaciones. Si no tiene abogado, quizá le convenga contactarse con nuestra Unidad de Conciliación una vez que la aseguradora le haya hecho una oferta como consecuencia de la desfiguración o deformidad cicatricial, para hablar con un Conciliador. El Conciliador le dará una idea de si la oferta entra dentro de las pautas establecidas.

¿Por cuánto tiempo?

- En caso de una pérdida funcional, desfiguración o deformidad cicatricial, recibe un pago único.

Prestaciones a sobrevivientes y personas a cargo (Art. 31)

¿A quién le corresponden?

- Le corresponden si es el cónyuge o el hijo de un empleado que falleció como consecuencia de una lesión o enfermedad ocupacional. Le corresponden a los

hijos sólo si son menores de 18 años, estudian a tiempo completo o no pueden trabajar por discapacidades físicas o mentales.

¿Cuáles son las prestaciones?

- El cónyuge sobreviviente puede recibir prestaciones semanales equivalentes a dos tercios del salario semanal promedio del trabajador fallecido o como máximo, al Salario Semanal Promedio del Estado (SAWW) vigente al momento de la lesión o la enfermedad.
- Al cónyuge sobreviviente le corresponden ajustes anuales según el costo de vida dos años después de la fecha de la lesión o enfermedad.
- Si el viudo o viuda vuelve a casarse, se abonan \$60 por semana por cada hijo elegible. El monto semanal total abonado a los hijos a cargo no puede exceder el monto que venía recibiendo el viudo o viuda.

¿Por cuánto tiempo?

- Los cónyuges sobrevivientes pueden recibir estas prestaciones mientras sigan estando a cargo y no vuelvan a casarse.

Gastos de Sepelio (Art. 33)

La aseguradora abonará hasta \$4000 en concepto de gastos de sepelio razonables en todos los casos en que la lesión o enfermedad provoque la muerte.

CUÁNDO SE PUEDEN INTERRUMPIR O REDUCIR LAS PRESTACIONES

Se pueden interrumpir o reducir sus prestaciones por varias razones. Algunas de las razones más comunes son:

- Así lo ordena un árbitro, Juez Administrativo, el Consejo Revisor o un tribunal superior; o
- Ha vuelto a trabajar (la aseguradora debe reanudar el pago de las prestaciones si vuelve a dejar de trabajar a causa de la misma lesión dentro de los 28 días, siempre que la aseguradora haya asumido o se le haya asignado responsabilidad por su lesión); o
- La aseguradora ha recibido un informe médico del profesional que lo atiende o de un evaluador médico imparcial donde se establece que usted puede volver a trabajar, y su empleador ha comunicado por escrito que hay un puesto adecuado a su disposición que cuenta con la aprobación de su médico; o
- Un Revisor de Rehabilitación Profesional del DIA le solicita que se presente a una evaluación, y usted se niega a concurrir o a colaborar con la prestación de los servicios de rehabilitación profesional; o
- Se le solicita que vaya a ver al médico de la aseguradora para una evaluación y no concurre; o
- Va a prisión a causa de una condena por un delito menor o un delito grave.

LIQUIDACIONES EN UN SOLO PAGO

La liquidación en un solo pago constituye un acuerdo o contrato entre usted, la aseguradora y, en algunos casos, su empleador. Este pago único puede efectuarse en lugar de sus cheques de indemnización semanales y algunas otras prestaciones. Al aceptar este tipo de liquidación, renuncia

a ciertos derechos. Por ello, debe evaluar con mucho detenimiento si el acuerdo le conviene. A nadie le corresponde por derecho la liquidación en un solo pago; usted y la aseguradora deben convenirlo. Para mayor información, por favor visite nuestro sitio web www.mass.gov/dia o llame a nuestra Oficina de Información al Público y solicite el Folleto sobre Liquidaciones en un Solo Pago.

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN PROFESIONAL

La rehabilitación profesional (RP) tiene por fin lograr que se reintegre al trabajo ganando más o menos lo mismo que percibía antes de la lesión o enfermedad. Los servicios de RP cubren todos los servicios **no médicos** que pueda necesitar para reintegrarse a un empleo adecuado.

Estos servicios pueden incluir: una evaluación de sus aptitudes, pruebas de orientación vocacional, asesoramiento u orientación, modificaciones en el lugar de trabajo y asistencia en colocación/formación de reconversión profesional.

Si se le solicita que se reúna con uno de nuestros Revisores de RP, **debe** asistir a la reunión. Esta reunión sirve para determinar si le corresponden estos servicios. Si se niega a asistir, pueden suspenderse sus prestaciones. Si se niega a participar a un programa de rehabilitación luego de que se determina que le corresponde, la compañía de seguro podrá reducir las prestaciones semanales con autorización del DIA. Para mayor información, por favor visite nuestro sitio web www.mass.gov/dia o llame a nuestra Oficina de Información al Público y solicite el Folleto sobre Rehabilitación Profesional.

ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS MÁS COMUNES DE LOS TRABAJADORES LESIONADOS

¿Mi empleador debe mantener mi puesto vacante durante mi ausencia?

La Ley de Accidentes de Trabajo de Massachusetts no le exige al empleador mantener el puesto de trabajo libre si necesita un reemplazo durante su ausencia. Sin embargo, una vez que puede volver a trabajar, el empleador debe darle prioridad en la recontractación si dispone de un puesto adecuado, conforme a lo establecido por el art. 75A de la ley. Si desea mayor información, visite nuestro sitio web <www.mass.gov/dia>.

¿Las prestaciones por accidentes de trabajo están exentas de impuestos?

Conforme a los códigos fiscales federal y del estado, las prestaciones por accidentes de trabajo están exentas de impuestos.

¿Qué pasa con las prestaciones que recibía mientras trabajaba? ¿Siguen vigentes?

La Ley de Accidentes de Trabajo de Massachusetts no exige la continuidad de la mayoría de los beneficios accesorios, como el seguro médico. Hable con su oficina de personal para saber si la lesión afectará su seguro médico y otras políticas como la obtención de días por enfermedad y vacaciones. Si es miembro del sindicato, averigüe en el sindicato cuáles son las prestaciones y las obligaciones de su empleador.

Para conocer otras de las “Preguntas más comunes”, por favor visite nuestro sitio web www.mass.gov/dia.

Department of Industrial Accidents
600 Washington St., 7th Floor
Boston, MA 02111

PRESORTED
STANDARD
US POSTAGE PAID
BOSTON, MA
PERMIT NO. 53391

Información al público

La Ley de Accidentes de Trabajo es compleja. Por lo tanto, los trámites para la presentación de la reclamación pueden ser confusos. Este folleto intenta dar respuesta a la mayoría de las preguntas básicas. Si necesita más información, comuníquese con cualquiera de nuestras oficinas regionales o póngase en contacto con nuestra Oficina de Información al Público. Si está dentro de Massachussets, llame a nuestra línea gratuita: 1-800-323-3249, ext. 470. Si está fuera de Massachussets, llame al 617-727-4900, ext. 470. También puede obtener información visitando nuestro sitio web <www.mass.gov/dia>.

TDD (teletipo solo para hipoacúsicos): 1-800-224-6196

Oficinas regionales del DIA:

Boston: (617) 727-4900; **Fall River:** (508) 676-3406; **Lawrence:** (978) 683-6420;
Springfield: (413) 784-1133; **Worcester:** (508) 753-2072.

DEPARTAMENTO DE ACCIDENTES LABORALES DEL ESTADO DE MASSACHUSETTS

La GUÍA SOBRE LA INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES DE TRABAJO es una publicación del Massachusetts Department of Industrial Accidents, 600 Washington St., 7th Floor, Boston, MA 02111 – **Octubre de 2007 – Impresa en papel reciclado**